



Editör için:

Akar tarafından bochdalek hernisi ile ilgili makaleyi büyük bir ilgi ile okuduk [1]. Akar'ı yapmış oldukları bu çalışmadan dolayı onları tebrik ediyoruz.

Bochdalek hernisi diyafragmal krusların füzyon defekti olarak karşımıza çıkmakta ve görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşmasıyla tanı sıklığı artmaktadır[2]. Bochdalek hernileri semptom vermesi halinde rahatlıkla tanı konulabilmektedir. Ancak semptom vermeden insidental olarak saptanan bir çok olgu mevcuttur [3]. İnsidental saptanan bu olgularda genellikle retroperitoneal yağlı dokunun bir miktar herniasyonu söz konusudur. Bu olgularda hasta bilgilendirilmeli ve sürekli intraabdominal basınç değişikliği yaşayan olguların uzun aralıklı kontrol muayenelerine çağrılmalı olduklarını düşünmekteyiz. Defektif diyafram nedeniyle oluşan geniş yağlı doku herniasyonları ve hangi derecede olursa olsun organ herniasyonları onarılmalı görüşündeyiz. Onarım esnasında küçük defektlerde primer tamir uygulanabilirken daha büyük defektlerde doku uyumlu materyaller kullanılmalıdır. Kullanılacak materyalin doku reaksiyonu yapmaması ve yapışıklığa neden olmaması gerekmektedir. Diyafragmal defekt tamiri için kullanılacak materyal hem göğüs içi organlarına hem de batın organlarına komşuluk yapacağından her iki bölgedeki organlarda da minimal reaksiyon yapılmalıdır. Kaburga rezeksiyonu yaptığımız ve patoloji sonucunun kondrosarkom gelmesi nedeniyle retorakotomi yaptığımız vakamızda kullanmış olduğumuz prolen mesh'in yaklaşık olarak bir aylık süreçte yoğun yapışıklığa neden olduğunu gözlemledik. Bu nedenle bu tip tamirlerde her iki tarafı da özellikli olan dual mesh önermekteyiz. Yapışıklık olması durumunda hem batın hem de toraks için tekrar cerrahi girişimlerin komplikasyonlara açık olduğunu ve ayrıca özellikle batındaki yapışıklığa bağlı olarak ileus gelişebileceğini düşünmekteyiz. Cerrahi girişim için öncelikli olarak hastaya ters trendelenburg pozisyonu verilmesi ve laparoskopi yapılmasını önermekteyiz. Böylelikle yapışıklık olmaması durumunda batın organları yer çekimi ile veya küçük manuplasyonlarla yerine gelmektedir. Bu durumda operasyona laparoskopik devam edilebilmekte veya laparotomiye geçilebilmektedir. Öncelikli olarak batın yaklaşımının kullanılmasıyla gereksiz torakotomilerden kaçınılmış olunduğunu düşünmekteyiz. Öncelikli olarak torakotomi kullanıldığında batına gönderilen organların rotasyon durumu tam olarak değerlendirilemediği kanaatindeyiz.

Diyafram defektleri tedavisinde geç kalınmış vakalarda en sık sorun yapışıklıklar ve organların dar kalmış batın içine sıkışmasıdır. Sizin vakanızda kardiak sorun yaşamaz organ yer değiştirmesine bağlı olarak adapte olmuş hemodinamik sürecin yeni düzenlemeye adapte olamaması olduğunu bize düşündürmüştür. Vakanızın otopsiye gönderilerek bu sürecin aydınlatılmasının ve yayınızdaki bu durumun tartışılmasının makaleye ayrı bir boyut getirebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmanız nedeniyle sizi tebrik ederiz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Akar E. Erişkin diyafragma agenezili bochdalek hernisi. J Clin Anal Med 2014;5(3):250-2.
2. Garófano-Jerez JM, López-González Jde D, Valero-González MA, Valenzuela-Barranco M. Posterolateral bochdalek diaphragmatic hernia in adults. Rev Esp Enferm Dig 2011;103(9):484-91.
3. Arslanoğlu A, Bora A, Avcu S, Arslan H. Rutin bt incelemelerinde insidental olarak saptanan erişkin tip bochdalek hernileri ve klinik önemi. Yeni Tıp Dergisi 2008;25:16-8.